CONTRIBUTION

N° 93

A LA

PATHOLOGIE EXOTIQUE

QUELQUES CAS DE LYMPHADÉNITE

OBSERVÉS A St-DENIS (Réunion)

1886-1887

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

le 31 juillet 1888

PAR

P.-F.-Alexandre PREUX

Né à Trouville-sur-Mer (Calvados)

Médecin de 2me classe de la Marine

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1888

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Physique médicale.	MOITESSIER (✲)
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER (✲).
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN (✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses (Chargé du cours).	MAIRET.
Anatomie (Chargé du cours).	GILIS.
Botan. et Hist. Nat. méd. (ch. de c.)	GRANEL.
Pathologie interne.	N...

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲), DUPRÉ (✲ C. ✠), CAVALIER (✲).

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSÉ (✲), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
CARRIEU.	VILLE.	GERBAUD.
MAIRET.	GRANEL.	GILIS.
MOSSÉ (✲).	BOINET.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✲).	BROUSSE.	BIMAR.
BLAISE.	FORGUE.	
BAUMEL.	TRUC.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. TÉDENAT, *président.*
KIENER, professeur.
CARRIEU, agrégé.
REGIMBEAU, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

P.-F.-A. PREUX.

A MES PARENTS

A MES AMIS

P.-F.-A. PREUX.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur TÉDENAT

Professeur de clinique chirurgicale

P.-F.-A. PREUX.

INTRODUCTION ET PLAN.

Pendant les années 1886-1887, que j'ai passé à Saint-Denis (île de la Réunion) comme médecin aide-major des troupes de la garnison, j'ai été frappé du nombre d'hommes que j'ai envoyés à l'hôpital militaire de cette ville pour adénites inguinales suppurées ou menaçant de suppurer.

Je me suis bien souvent demandé à quelle cause il fallait attribuer ces nombreuses adénites, et la réponse n'a pas toujours été facile.

Quand les malades furent des créoles faisant partie du bataillon de volontaires de la Réunion qui revenaient de Madagascar, où ils avaient beaucoup souffert de la malaria, je ne fus pas embarrassé; je savais comment avait été recruté ce bataillon de volontaires, qu'il y avait eu un semblant d'examen médical, mais que le médecin du corps avait reçu l'ordre de ne pas se montrer trop sévère et d'admettre, pour faire nombre, presque tous ceux qui se présenteraient. Aussi, on peut dire que nul n'était refusé pour incapacité physique, s'il n'était porteur d'une infirmité par trop visible, et qu'il n'était guère brillant le fameux bataillon de volontaires de

la Réunion : il a, en effet, fourni, pendant son séjour à Madagascar, plus de malades que de combattants. Je savais aussi que les tumeurs lymphatiques n'avaient pas été, en 1885, une cause d'exclusion ; or, elles sont si fréquentes chez les créoles, qu'en 1868, lors de la réorganisation de la milice, sur 371 hommes examinés, elles se présentèrent chez 33 d'entre eux, soit 9,45 p. 100 (1). Il n'était donc pas étonnant que des gens qui avaient déjà des glandes «c'est ainsi qu'on appelle vulgairement à la Réunion les tumeurs lymphatiques», dont, par conséquent, le niveau physique était déjà fort abaissé, aient été ruinés à Madagascar par la fièvre paludéenne, par des fatigues au-dessus de leurs forces, et aient vu leurs tumeurs s'enflammer sous l'influence de causes occasionnelles légères.

Vu leurs antécédents morbides et l'absence d'autre cause tangible, il devenait facile de porter chez eux le diagnostic de tumeur lymphatique enflammée.

Chez nos soldats d'infanterie et d'artillerie de marine qui entrèrent à l'hôpital pour lymphadénite, il n'y eut généralement pas d'hésitation, et le diagnostic s'imposa tout de suite. Leurs adénites reconnaissaient, la plupart du temps, pour cause, soit des plaies aux pieds, soit des affections vénériennes. Les malheureux étaient, en effet, condamnés à user un vieux stoc de ces affreuses chaussures nommées godillots,

(1) Mazaé-Azéma, Traité de la lymphangite endémique des pays chauds.

et nombreux furent ceux qui, à la suite d'une marche militaire, par exemple, entrèrent à l'infirmerie d'abord, puis à l'hôpital, pour des engorgements ganglionnaires qui suppurèrent souvent.

Enfin, la ville de Saint-Denis était envahie par des affections vénériennes, et sur 20 malades traités par jour à l'infirmerie du régiment, 8 au moins étaient atteints d'uréthrite blennorrhagique ou de chancres mous. Nous avions beau passer des visites mensuelles sérieuses, faire des rapports à l'Autorité militaire qui les transmettait régulièrement à l'Autorité civile, celle-ci faisait toujours la sourde oreille et laissait circuler les femmes malades ; de là les nombreuses affections vénériennes et les bubons consécutifs. Encore ici il fut aisé de trouver la cause et de porter le diagnostic de bubon vénérien ; l'étiologie nous paraissait bien simple. Aussi, quand, plus tard, les hommes se présentaient avec des engorgements ganglionnaires, sans plaie aux pieds, sans érosion apparente sur les parties génitales, étions-nous porté à croire, malgré leurs dénégations, qu'ils avaient eu soit une uréthrite, soit un chancre, qu'ils s'étaient soignés à leur façon, tout en continuant à faire leur service, condition favorable, on le sait, à la production d'un engorgement des ganglions de l'aine.

Mais, quand je vis par la suite ces affections se répéter, se présenter chez des individus non suspects de vouloir tromper, chez des personnes avec lesquelles nous vivions dans

une étroite intimité et qui attribuaient leur mal à la fatigue seule, il fallut bien admettre qu'il y avait autre chose que les lymphangites, suite de plaie ou de mal vénérien, et je fus amené à penser :

1° Qu'il existait des formes d'adénites inguinales, inflammatoires, aiguës, terminées par suppuration et n'ayant pour origine ni affection vénérienne d'aucune sorte, ni plaie, ni même éraillure de la surface cutanée dans le territoire lymphatique des ganglions affectés ;

2° Que ces adénites, dans les cas observés par nous, ne pouvaient être attribuées qu'à la fatigue ;

3° Que ces adénites étaient beaucoup plus fréquentes à la Réunion que dans nos pays d'Europe et même que dans les autres colonies.

Tandis que les livres classiques ne mentionnent que pour mémoire les adénites dues à la fatigue, en 2 ans passés à la Réunion, nous avons été frappé du nombre de ces affections qui ont défilé devant nos yeux. Tous nos collègues de la marine ont fait la même observation et nous en ont souvent fait part ; il y a donc intérêt à apporter sa petite part, si modeste soit-elle, à l'étude de ce point de pathologie exotique.

Notre thèse comprendra,

Chapitre I : L'exposé succinct de quelques cas bien probants.

Chapitre II : L'étiologie de la maladie.

Chapitre III : Quelques réflexions sur sa marche, sa durée, sa terminaison.

Chapitre IV: Diagnostic, pronostic, traitement.

Enfin, les conclusions.

Il faudrait peut-être étayer notre travail plus solidement encore et, dans ce moment où tant d'affections ont pour cause unique un microbe spécial, rechercher si nous n'étions pas là aussi en présence d'un microbe. Le milieu où s'est fait notre examen et nos connaissances en microbiologie ne nous ont pas permis de nous livrer à cette étude, et nous comptons une fois encore sur la bienveillance de nos Juges de la Faculté de Montpellier.

Qu'il nous soit permis de témoigner ici notre gratitude à M. le docteur Deschamps, médecin de 1re classe de la marine, qui a bien voulu nous communiquer quelques observations recueillies dans son service à l'hôpital de Saint-Denis.

Nous remercions également M. le docteur Tissot des observations qu'il a prises à la Martinique, et que nous citons dans notre travail.

Que M. le professeur Tédenat, qui nous fait l'honneur de présider notre thèse, accepte le témoignage de toute notre reconnaissance.

CONTRIBUTION

A LA

PATHOLOGIE EXOTIQUE

Quelques cas de lymphadénite observés à St-Denis (Réunion)

1886-1887

CHAPITRE PREMIER

Observation I.

(Personnelle).

M. A. D..., 29 ans, médecin de la marine, part de France en janvier 1884, et dès son arrivée à Saint-Denis, il est envoyé en service à Sainte-Marie de Madagascar, où il reste six mois. Antécédents héréditaires nuls, personnels de même.

Pendant son séjour dans cette localité, sa santé a été assez satisfaisante, pourtant il a eu, comme tous, des accès de

fièvre paludéenne et, à son retour à la Réunion, il est un peu anémié. Aussi est-il désigné pour le poste de Salazie, situé à 875 mètres d'altitude.

Durant les six mois que dure son séjour à Salazie, l'anémie diminue, sans toutefois disparaître définitivement, car, en comptant à l'hôpital de Saint-Denis nos globules quelques jours après son retour il ne s'en trouva plus que 3,500,000 par millimètre cube.

M. D... se mit à ce moment à prendre des leçons d'escrime, qui se poursuivaient durant une heure tous les jours.

Mais au bout de quelques jours, sans cause aucune, sans traumatisme, sans écorchure accidentelle ou lésion de quelque nature que ce fût du membre inférieur, des organes génitaux ou de l'anus, la région inguinale droite devint le siège d'une douleur assez vive, et en palpant il rencontra une petite tumeur molle dépressible, arrondie, roulant sous le doigt, et qui était la cause de la douleur.

Néanmoins, M. D... poursuivit ses occupations habituelles, mais le soir la douleur était bien plus vive, la tumeur augmentée de volume sans rougeur à la peau toutefois. Le lendemain, le malade dut rester au lit et les symptômes s'aggravant, il se décida à entrer à l'hôpital le 10 mai.

Voici le résumé de sa feuille d'hôpital :

10 mai. Adénite inguinale à droite survenue sans cause appréciable autre que la fatigue musculaire. On constate dans le triangle de Scarpa, tout près de l'arcade crurale, la présence d'une tumeur de la grosseur d'une noix roulant sous le doigt, sans adhérence à la peau et au plan profond, de forme ovoïde, pas de changement de coloration de la peau. La pression au niveau est douloureuse, mais il n'y a pas de douleur spontanée. Le siège, la forme et la disposition font penser à un engorgement ganglionnaire isolé : on prescrit l'usage d'un bandage compressif.

13. Les symptômes se sont aggravés et l'affection étendue : empâtement et rougeur de la peau, la tumeur n'est plus mobile et la palpation révèle un empâtement profond qui fait supposer que d'autres ganglions sont en train de se prendre par propagation. Le tissu cellulaire périphérique s'empâte et semble participer au processus inflammatoire.

Quelques symptômes généraux témoignent de l'aggravation du mal ; perte de l'appétit; un certain état gastrique; un peu de fièvre; sangsues et repos au lit.

Les jours suivants on essaye divers médicaments; onctions mercurielles, vésicatoire, cataplasme. Rien n'y fait, l'état morbide persiste.

Le 20, la fièvre étant plus vive, accompagnée de frissons répétés, d'élancements au pli de l'aine dans la partie atteinte, on constate la formation de pus dans les ganglions.

21. Une première ponction au bistouri qui donne issue à une assez grande quantité de pus.

30. L'adénite, néanmoins, poursuit sa marche, les phénomènes généraux persistent et quelques jours plus tard, on trouve, au milieu de l'empâtement qui occupe le pli de l'aine, de la fluctuation en 4 points différents que l'on incise le 30 séparément.

De ce moment l'inflammation diminue ainsi que la douleur, les symptômes généraux s'atténuent aussi : la masse ganglionnaire est dure, volumineuse, et les pertuis donnent issue à une assez grande quantité de pus : à cause de cette induration et de ce volume, on continue les émollients jusqu'au 16 juin.

Le 16 juin. Application du pansement de Lister.

Le 30 juin. Une nouvelle ponction est faite à la partie interne et supérieure de la cuisse, immédiatement au-dessous du pli de l'aine où un abcès s'est formé. A cette époque, un très volumineux ganglion dans le bassin se prend à son

tour, c'est le ganglion iliaque externe qui occupe l'anneau crural; douleur à la pression : ce ganglion ne suppure pas et se résout en 7 ou 8 jours.

4 juillet. Pansement avec cataplasme imbibé d'alcool camphré.

8 juillet. Pansement au sous-nitrate de bismuth; suppuration insignifiante, deux petites ouvertures sont encore béantes.

Le 12. Pansement avec compresses chaudes laudanisées.

Le 13. Frictions avec pommade iodurée, l'induration diminue progressivement.

Le 21. Le malade sortait de l'hôpital.

Il a eu, quelques jours après, deux petits abcès superficiels sur les cicatrices; guérison complète au commencement d'août, trois mois après le début de la maladie.

Observation II.

(Personnelle)

M. L..., 40 ans, capitaine d'artillerie de marine, tombe malade le 15 juin. Arrivé depuis deux ans et demi à la Réunion, il a fait dans cet intervalle un séjour assez long à Tamatave : les antécédents héréditaires et personnels sont muets en ce qui concerne les diathèses héréditaires ou acquises. Pas de blennorrhagie. L... est d'aspect fort et vigoureux, mais il est anémié et a eu des accès de fièvre paludéenne. D'un naturel très actif, il avait surtout le goût des courses en montagne. Il lui était arrivé souvent de partir après le déjeûner, de monter à Saint-François, distant de 12 kilomètres et d'être de retour pour le dîner. Il prenait,

pour aller et revenir, des chemins appelés raidillons qui abrégeaient considérablement la route, mais qui étaient très pénibles à cause de leur pente considérable.

Or, le 15 juin, M. L... étant descendu plus vite que de coutume d'une de ses excursions favorites, se plaignit d'une douleur au pli de l'aine du côté gauche. Il n'y attacha cependaat pas d'importance ayant éprouvé, disait-il, quelques sensations analogues, quoique un peu moins fortes, les fois précédentes.

Mais le lendemain au matin le mal n'avait fait qu'augmenter, la douleur persistait et on constatait au pli de l'aine une petite tumeur dure, encore libre et roulant sous le doigt.

Nous rappelant le cas précédent, nous engageâmes M. L... à garder le repos le plus complet possible : nous lui dressâmes même un lit dans notre propre habitation, afin de le soigner mieux et plus facilement, et nous commençâmes le traitement par les émollients.

Mais le mal augmenta d'intensité les jours suivants, et je dus faire transporter le malade à l'hôpital le 25 juin. Nous avions pu examiner M. L... à notre aise, il n'avait ni plaie, ni écorchure, ni chancre, ni uréthrite, et comme il appartenait à la garnison, c'était à moi de lui signer son billet d'entrée que je formulai ainsi :

Engorgement des ganglions de l'aine gauche suite de fatigue. Jusqu'ici repos, onction mercurielle belladonée et cataplasme.

Le jour de son entrée à l'hôpital, la fièvre se déclare, 38°3 à trois heures de l'après-midi. Cependant, localement au pli de l'aine, on note un empâtement douloureux, plusieurs ganglions sont pris et indurés, mais on ne trouve pas de point ramolli. On administre 0,75 centigr. de sulfate de quinine, la fièvre ne reparaît pas, ce qui nous démontre que c'était là un élément surajouté dû à l'élément palustre.

6 juillet. Vésicatoire.

7 juillet. La fièvre reparaît, 38°5 le soir, frissons, aggravation des symptômes généraux, troubles gastriques, tout annonce la formation du pus. La fièvre persiste les jours suivants; 39° le 8 et le 9 malgré la quinine administrée à 1 gr. à deux reprises, en même temps application d'un nouveau vésicatoire. Le 8, on revient aux onctions et aux émollients qu'on continue les jours suivants.

Enfin, le 17 la fluctuation étant manifeste, ouverture d'un abcès au bistouri, suivie de deux ou trois autres ponctions en des points différents le 20 juillet.

Suppuration abondante et de bonne nature; bains de siège et émollients; amendement de tous les symptômes morbides.

Le 6 août, M. L..., devant rentrer en France, sort de l'hôpital non guéri. Il n'a été radicalement guéri qu'un mois après son retour en France.

Observation III.

(Personnelle).

M. L..., 23 ans, aide-médecin de la Marine, est arrivé à la Réunion en 1885; bonne santé habituelle, pas de syphilis, ni d'uréthrite; après avoir passé six mois à Sainte-Martie de Madagascar, il revient un peu anémié, mais sans avoir eu des accès de fièvre. Il mène une vie assez active, d'autant qu'il est chasseur et fait souvent de longues courses. Un jour son voiturier lui fait faux-bond et après avoir chassé toute l'après-midi, il est obligé de revenir chez lui à pied.

Le lendemain, douleur à l'aine gauche accompagnée d'une petite tumeur qui présente les mêmes caractères que les autres. Pas de lésion du membre correspondant, ni des ré-

gions environnantes. Aggravation progressive des symptômes locaux. Augmentation de la tumeur par induration du tissu périphérique et contamination des ganglions voisins. La fièvre avec frissons répétés apparaît vers le douzième jour ; le 15, fluctuation manifeste en un point.

M. L... ne se décide pas cependant à entrer à l'hôpital, il retarde le plus possible le moment redouté. Cependant, il paraissait inévitable, lorsque, les jours suivants, la tuméfaction diminua peu à peu et la fluctuation disparut ; mais la fièvre persista avec sueurs profuses, abondantes et fétides ; tous les symptômes d'une septicémie légère. Le malade résorbait son pus et, un mois et demi après, il y eut retour *ad integrum ;* la guérison était complète.

Observation IV.

(Personnelle).

Soboul Henri-Casimir, 24 ans, clairon d'infanterie de marine, entre le 11 décembre 1886, à l'hôpital de Saint-Denis ; a passé 11 mois à Madagascar, présente dans l'aine droite un gonflement des ganglions inguinaux de la grosseur d'un œuf de poule. Interrogé soigneusement, il dit n'avoir eu ni uréthrite, ni chancre, ni écorchure ; on n'en trouve d'ailleurs aucune trace. Les membres inférieurs, les organes génitaux, les fesses, la région anale ne sont le siège d'aucune lésion. La maladie date de 15 à 20 jours, elle a débuté par un ganglion gonflé et douloureux qui sembla diminuer les jours suivants par le repos au lit ; mais les phénomènes reprirent ensuite leur intensité primitive, et le 10 décembre, le malade se présentait à la visite avec une petite ouverture qui s'était faite spontanément et donnait issue à du pus.

Pas de décollement autour de l'ouverture qui pénètre dans un foyer très restreint; l'ouverture a été agrandie à la caserne par le médecin du corps. Autour une induration assez étendue, douloureuse, la peau est chaude, rouge et tendue; au-dessous de l'abcès existant, on trouve de la fluctuation, indice d'un nouveau foyer purulent que l'on ponctionne le 11.

26 décembre. Les deux ouvertures donnent issue à du pus en petite quantité (un dé à coudre par jour), l'induration a diminué de volume, la douleur s'est atténuée, plus de symptômes généraux; à partir de ce moment, pansement antiseptique, les émollients sont supprimés.

Le malade sort de l'hôpital le 15 février.

Guérison en deux mois.

Observation V.

Blin Henri, 23 ans, ouvrier d'artillerie de marine. Cet homme fut chargé, vers la fin du mois d'août, de réparations à la convalescence de Saint-François et chaque soir, il devait revenir à Saint-Denis par la voiture de l'artillerie, qui fait le courrier journalier. Trois ou quatre fois il a laissé partir la voiture et est descendu à pied par les raidillons. Il se présente à la visite le 8 septembre, avec un commencement d'engorgement des ganglions de l'aine droite qui date de trois ou quatre jours; il n'a aucune plaie aux pieds, aucune maladie vénérienne. Je me garde bien de mettre le malade en observation à l'infirmerie et je le dirige immédiatement sur l'hôpital, persuadé que j'allais avoir affaire encore là à une adénite qui allait suppurer. Voici son observation recueillie sur sa feuille d'hôpital :

Seize mois de présence à Saint-Denis, n'est pas allé à Madagascar, a eu antérieurement quelques accès de fièvre. Cet homme paraît robuste, mais son teint est pâle, ses chairs flasques ; il est atteint d'adénite inguinale à droite, probablement due à la fatigue.

Prescription : Pommade mercurielle belladonée et cataplasme. Du 9 au 18, augmentation progressive de la tumeur qui s'étend latéralement et prend une forme triangulaire à base supérieure répondant au ligament de Fallope, empâtement, rougeur de la peau, fièvre les 15, 16, 17, accompagnée de frissons.

Le 18, ouverture au bistouri; écoulement d'une certaine quantité de pus, mais fort minime, étant donné le volume assez considérable de la tumeur.

Le 23, deux nouvelles ponctions donnent issue également à du pus. Les différents foyers ne communiquent pas entre eux.

24. Pansement émollient. La tumeur diminue, la suppuration se tarit, et, le 1er octobre, Blin n'a plus qu'un pansement simple.

10 octobre. Pansement phéniqué.

20. On sent encore les ganglions durs. On applique un emplâtre de Vigo et on administre de l'iodure de potassium.

Le 15 octobre, Blin était encore à l'hôpital et ne devait pas en sortir avant la fin du mois.

Observation VI.

Rouyer Victor, 22 ans, soldat, entre à l'hôpital le 29 octobre.

Vingt-cinq mois de colonie dont 19 mois passés à Madagascar; cet homme est profondément anémié. Il s'est pré-

senté voilà 8 jours à la visite à la caserne pour une grosseur survenue, dit-il, à la suite d'une marche militaire et a été mis en observation à l'infirmerie. Il ne portait aucune trace de plaie; rien sur les organes génitaux ni sur les jambes. Il y a deux jours, l'adénite qui était indolore et semblait vouloir se résoudre s'est enflammée subitement et a menacé de suppurer; le côté gauche lui-même s'est pris.

Au moment de son entrée à l'hôpital, Roujer porte dans l'aine droite une tumeur du volume d'un œuf de poule, douloureuse à la pression, dure, rouge à la partie la plus saillante. Sur les limites de la tumeur, la peau est saine sans changement de coloration, on n'aperçoit aucune traînée lymphatique. Dans l'aine gauche, présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une amande, mobile et reprenant sa place quand elle a été déplacée, indolente du reste. La tumeur de l'aine droite a peu de chance de se résorber et on active la suppuration par l'application d'un petit vésicatoire. Quant à celle de l'aine gauche, on se contente de la couvrir de pommade fondante et d'un cataplasme et elle se résout en huit jours environ.

La tumeur droite est ouverte une première fois le 1er novembre; cette ponction est suivie de cinq autres dans l'espace de 15 jours, et le 20, à mon départ pour France, le nommé Rouyer était en bonne voie de guérison. Cependant la tumeur était encore élevée, dure, suppurant peu et on attendait patiemment la résolution complète des pansements émollients et de l'administration intérieure de l'iodure de potassium.

Observation VII.

A. Labrot, 23 ans, caporal d'infanterie de marine.

Arrivé à la Réunion le 4 janvier 1887.

Entre à l'hôpital le 29 juin pour adénite à droite survenue sans cause appréciable. Il raconte lui-même ainsi qu'il suit les débuts de sa maladie: « Je n'ai eu aucun rapport avec les femmes de la Réunion, je me suis aperçu de ma maladie le 10 juin étant à l'exercice et depuis elle ne fit qu'augmenter. Je n'avais aucune écorchure aux pieds, ni sur les jambes; pas le moindre bouton à la peau.

Je suis resté à l'infirmerie deux jours seulement, du 26 juin au 28. Le 29, j'ai été dirigé sur l'hôpital, et mon adénite a été ouverte le jour même de mon arrivée.

Feuille d'hôpital: Sept mois de présence à S^{t}-Denis, n'est pas allé à Madagascar. Homme de constitution faible et lymphatique; est atteint d'adénite inguinale à droite. Le début de l'affection remonte à 18 jours. La tumeur, de la grosseur d'une noix semble, accolée au ligament de Fallope, elle est immobile et entourée d'une zone empâtée, rouge; on sent de la fluctuation profonde. Tout autour de la tumeur la peau est saine, nulle traînée lymphatique; du reste, rien sur les pieds, les jambes, les parties génitales, la région ano-périnéale.

Ponction immédiate de la tumeur, issue d'une petite quantité de pus. Les jours suivants, on fait par l'ouverture des injections d'eau mélangée de teinture d'iode (parties égales), la suppuration continue, la poche augmente, et le 5 juillet on agrandit l'ouverture. La poche bien lavée, bien détergée est remplie de charpie rapée. La tumeur s'affaisse, les bourgeons comblent rapidement la perte de substance.

Le 15, Labrot se croyait près de guérir, mais on lui découvre un nouveau ganglion, un peu en bas et en dedans du précédent.

Le 20, ouverture de cette nouvelle poche purulente, incision assez large, permettant l'écoulement facile du pus et les lavages.

Cette incision reste longtemps béante, la suppuration continue et deux ou trois fois le matin on trouve le pansement baigné de pus; d'autres ganglions étaient venus s'ouvrir au fond de l'incision première. A partir de ce moment, la tumeur baisse, la suppuration se tarit, mais Labrot ne sort de l'hôpital que le 20 septembre seulement.

Observation VIII

Dupont Joseph, 24 ans, soldat d'infanterie de marine, 21 mois de colonie, pas de séjour à Madagascar. A eu, deux mois après son arrivée à Saint-Denis, une fièvre typhoïde pour laquelle il est resté un mois et demi à l'hôpital et a été envoyé en convalescence à Salazie où il est resté deux mois. Depuis ce temps-là il s'est, dit-il, bien porté.

Il se présente à la visite le 18 septembre 1887 et se plaint de gêne dans la marche. Il porte dans l'aine droite une petite tumeur qui roule sous le doigt, indolente à l'état de repos, mais douloureuse à la pression, sans rougeur de la peau. Rien de visible à l'extérieur, nulle plaie dans le territoire lymphatique des ganglions de l'aine.

Le malade dit avoir vu survenir cette glande depuis trois jours et l'attribue lui-même à la fatigue qu'il a éprouvée en sautant les pistes qui entourent la caserne et que l'on fait franchir, depuis quelques jours, tous les matins en guise

d'exercice. Il est mis en observation à l'infirmerie. Le 21 septembre, la tumeur a augmenté de volume et Dupont est atteint de fièvre et d'embarras gastrique.

En même temps on sent de la fluctuation au niveau du ganglion qui est gros comme un œuf de poule et obliquement dirigé de bas en haut et de dedans en dehors. Le malade est dirigé sur l'hôpital.

Le 23 septembre, ouverture de l'abcès au bistouri, issue d'une grande quantité de pus ; la tumeur s'affaisse et pendant une huitaine de jours on peut croire tout fini. Mais le 1er octobre deux ganglions voisins se prennent, suppurent à leur tour et nécessitent deux nouvelles ouvertures. A partir de ce moment résorption lente.

Le 15 octobre, la plaie est fermée mais les ganglions ne sont pas complètement fondus et le malade est envoyé à la convalescence de Saint-François.

Observation IX

G..., soldat de deuxième classe, 24 ans. Parti de France en octobre 1885 sur le *Chandernagor*, arrivé à Tamatave le 1er novembre, cet homme est resté à Madagascar jusqu'en janvier 1887 et a eu pendant son séjour à Tamatave plusieurs accès de fièvre. Il est anémié, mais on ne constate pas d'engorgement sensible des organes abdominaux. Le 1er septembre 1887, il se présente à la visite avec de la fièvre, des frissons, de l'embarras gastrique. T. 40°, pouls plein, langue saburrale, vomissements bilieux pendant la nuit précédente. En même temps le malade accuse une douleur sourde dans l'aine droite. On ne constate cependant ni empâtement, ni rougeur, ni ganglion engorgé. On lui fait une onction à la pom-

made belladonée, on applique une couche de coton et on attaque l'embarras gastrique, qui est l'indication la plus immédiate, par un vomitif.

Prescription : diète, vomitif, limonade citrique.

Le 2 septembre, bouillon, limonade.

Le 3, les voies digestives étant nettoyées, on donne du sulfate de quinine ; la fièvre cesse au bout de deux ou trois jours.

La douleur de l'aine n'a pas disparu ; bien mieux, le 8 septembre on constate la présence d'un petit ganglion dur roulant sous le doigt, sans adhérences avec le tissu cellulaire environnant, ni avec les plans superficiels et profonds. La douleur s'exagère à la pression. Le malade est maintenu au repos et on applique des émollients. L'engorgement continue et atteint au bout d'une semaine la grosseur d'un œuf de poule. La tumeur est allongée obliquement de haut en bas et de dehors en de dans, et on sent de la fluctuation profonde.

Le 15, le malade est envoyé à l'hôpital et une ponction pratiquée immédiatement donne issue à une petite quantité de pus. On applique sur la plaie un cataplasme arrosé de solution de bichlorure.

Le 18, un point ramolli se fait sentir en bas et en dedans de l'ouverture primitive. On essaye de faire sourdre le pus en faisant des pressions sur le nouveau foyer, pressions méthodiques ayant pour but de diriger le liquide vers l'ouverture qui existe déjà, mais on ne peut y réussir et on se décide à faire une nouvelle ponction.

Troisième ponction le 24, sur un nouveau foyer qui ne communique pas avec les précédents.

Nouvelle et dernière ponction le 30.

Le 1er octobre, la tumeur quoique dure encore est affaissée. On continue les pansements antiseptiques. On administre de l'iodure de potassium pour activer la résolution, les toni-

ques pour relever l'économie. La cicatrisation n'est complète que le 1er novembre, et le malade est mis exeat pour la convalescence de Saint-François, le 15 novembre seulement.

Nous pourrions multiplier les observations, nous n'aurions que l'embarras du choix, mais cette accumulation de documents ne prouverait plus qu'une chose dorénavant: c'est la fréquence de la maladie à la Réunion. Nous avons dit dans notre introduction qu'elle existait également dans d'autres colonies. Quelques observations que je dois à M. le Dr Tissot, médecin de 1re classe de la marine, viendront à l'appui de cette affirmation.

Résumé d'observations prises à la Martinique, en 1882, par M. le Dr Tissot, médecin de 1re classe de la marine.

1. L....., sergent d'infanterie de marine.

Adénite inguinale à gauche, à marche lente.

Aucune lésion vénérienne ou non des organes génitaux, ou de la région anale, ou des membres inférieurs; seule origine, fatigue.

Traitement local par la teinture d'iode, les onctions mercurielles, les vésicatoires volants. Suppuration. Ouverture au bistouri, formation de trajets fistuleux.

Traitement interne ioduré, à l'huile de foie de morue, au fer, etc.

Traitement local par le pansement antiseptique après l'ouverture de l'abcès.

Guérison en trois mois (13 février au 15 mai 1882).

2. M....., soldat, 22 ans, un an de colonie.

Au mois de janvier 1882, chancre mou de la rainure balano-préputiale droite, sans engorgement ganglionnaire; le chancre guérit en un mois. Cinq semaines après la guéri-

son du chancre, adénite inguinale à droite. Suppuration. La plaie ne ressemble pas au bubon chancreux.

Guérison en deux mois et demi.

3. D...., soldat, 23 ans. Tombe malade le 15 février 1882. Adénite inguinale gauche. Aucune lésion ni aux organes génitaux, ni à l'anus, ni aux membres inférieurs. Fatigue quelques jours avant le début, marche lente, suppuration, guérison en deux mois.

4. M....., caporal, 25 ans. Adénite inguinale à gauche survenue sans cause autre qu'une grande fatigue, marche lente, suppuration, guérison en un mois.

Pour ce qui est de nos pays d'Europe, on ne parle guère d'adénite survenue à la suite de fatigue. Dans le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, à la page 761, au sujet du bubon simple ou inflammatoire, on lit: « Dans l'énorme majorité des cas, il a pour origine une lésion apparente. Rien ne répugne pourtant à admettre que l'excitation du coït retentisse sur les ganglions au même titre que la *marche*, *l'exercice forcé*, la *fatigue musculaire*. Toujours est-il que cette adénite dite essentielle ou idiopathique est excessivement rare et véritablement exceptionnelle. » Il existe donc une adénite inflammatoire due à la marche, à l'exercice forcé, à la fatigue musculaire, mais elle ne mérite pas de description spéciale.

CHAPITRE II.

ÉTIOLOGIE.

Ce qui nous paraît le plus frappant, ce qui nous paraît devoir surtout attirer l'attention et présenter un intérêt particulier dans toutes ces observations, c'est sûrement et principalement le mode de début de l'affection et le terrain spécial sur lequel elle évolue.

Tous les malades sont anémiés par un séjour plus ou moins long dans les pays chauds, ils ont eu, presque tous, des accès de fièvre qui n'ont pas peu contribué à diminuer leur résistance et à accroître leur anémie; enfin, comme cause immédiate, nous notons surtout une fatigue intense et presque aussitôt le début de l'adénite, d'abord peu douloureuse, mono-ganglionnaire, se généralisant ensuite à toute la région. Malgré un examen sérieux, nous ne remarquons aucune cause externe, aucune affection des membres ou des régions tributaires de la zone ganglionnaire affectée, qui puisse légitimer cette adénite; d'autre part, nous savons aujourd'hui combien l'adénite idiopathique est chose difficile à admettre.

Pourrons-nous trouver dans les modifications que subit l'Européen dans sa constitution et dans tout son organisme, sous l'influence du climat, dans son état d'anémie essentielle due au climat, en même temps que souvent augmentée par l'évolution de la malaria, des raisons suffisantes pour expliquer et justifier l'évolution de l'adénite inguinale? C'est ce que nous allons tenter de faire.

Et, disons tout d'abord, que dans ce changement profond et subit qu'éprouve l'Européen transporté dans des pays chauds, le système lymphatique est de beaucoup celui qui ressent le plus le contre-coup de ces modifications constitutionnelles et vitales.

Personne mieux qu'un des maîtres regrettés de cette école, M. le professeur Fonssagrives, dans son Traité d'hygiène navale (1), n'a résumé les résultats de l'influence du climat sur l'Européen transplanté dans les régions équatoriales et exposé par un séjour prolongé à leur dévorante ardeur.

1° Elévation de la température du corps.

2° Ralentissement de la circulation et de la respiration.

3° Dilatation des solides et des fluides de l'économie.

4° Énervement des fonctions digestives.

5° Rupture de l'équilibre des sécrétions par la prépondérance de la sueur sur toutes les autres.

6° Engorgement des viscères de l'abdomen.

7° Etat anémique du sang.

8° Comme conséquence de cet état: prédominance marquée des fonctions du système lymphatique.

Il ressort de là une première considération, c'est que dans le cas spécial, nous devons noter cette exagération des fonctions du système lymphatique, qui nous rendra compte de la susceptibilité plus grande qu'il acquiert et de l'inflammation des ganglions, sous l'influence de causes qui, dans nos conditions vitales ordinaires, auraient certainement été insuffisantes pour déterminer une localisation inflammatoire.

Mazaé Azéma, dans un beau traité de la lymphangite endémique des pays chauds (2), a insisté sur les modifications du système lymphatique chez l'Européen transporté.

(1) Fonssagrives. — Hygiène navale 1856, p. 381.

(2) Mazaé Azéma. Traité de la lymphangite endémique des pays chauds, St-Denis 1878.

Dans l'ensemble des modifications organiques, deux faits dominent la scène et deviennent, pour ainsi dire, les deux axes autour desquels se déroule la chaîne des événements physiologiques et pathologiques qui caractérisent la période *d'indigénisation*. Le premier fait est la localisation des troubles dans la région abdominale; le second, les vices de proportionnalité qui surviennent dans les éléments du sang.

Nous nous écarterions trop de notre sujet en nous apesentissant outre-mesure sur les phénomènes du premier ordre, nous rappellerons seulement, à leur propos, avec quelle déplorable fréquence, la période d'acclimatement est traversée par ces embarras gastriques, par ces flux bilieux, qui sont comme une révolte des organes digestifs contre les surprises de sécrétion de l'estomac et du foie. Nous rappellerons encore ces gastralgies capricieuses, ces interminables dyspepsies auxquelles le séjour des pays chauds condamne l'Européen nouvellement arrivé. Nous ferons enfin remarquer, la double résultante pathologique de ces troubles divers, l'hépatite avec ses fréquentes solutions purulentes et la dysenterie avec ses rebelles lésions ulcéreuses, troubles morbides qui témoignent de la part active que prennent les organes abdominaux aux perturbations que développe l'influence tropicale.

Elle se résume, en dernière analyse, en une torpeur progressive des fonctions digestives et en une tendance continue à l'engorgement du foie, de la rate et du mésentère.

Mais ce qui est important à noter ici, c'est le trouble profond qui en résulte pour la nutrition, et pour l'élaboration du sang; trouble auquel il est permis de rapporter en partie les causes de l'anémie tropicale.

Cette anémie, dont les caractères chimiques n'ont pas encore été précisés par des essais analytiques et qui semble constituée par une augmentation proportionnelle du sérum

sur les éléments solides du sang, et par la diminution des globules rouges, est un fait généralement constaté dans les pays chauds. Elle devient même une nécessité physiologique de la période d'acclimatement et du séjour dans ces régions ; car l'Européen n'y conserverait pas impunément ce sang épais, fibrineux, nécessaire à la chilification et à l'hématose propres aux pays froids; il serait bien vite exposé à des luttes qui, violentes, détermineraient de brusques et violentes secousses, et qui, en s'opérant au contraire par une succession de transitions lentes, tendent à mettre les qualités du sang dans les mêmes conditions que celles de l'indigène. Il faut, en un mot, dit Celle dans son hygiène pratique des pays chauds (1), que l'Européen cesse d'être sanguin et devienne lymphatique. L'assuétude climatérique est à ce prix.

Maintenu en de justes bornes, cette anémie forme le fond des constitutions créoles et intervient dans une foule de phénomènes de l'ordre pathologique. C'est sous l'empire de cet état du sang que, dans ces régions, les réactions vitales sont languissantes, que les phlegmasies présentent rarement le génie franchement inflammatoire, que dans celle-ci la section d'une veine ne donne presque jamais un sang couenneux et que les tendances aux hydropisies sont si communes.

Les causes qui la déterminent peuvent être rattachées aux entraves portées à la nutrition par l'influence persistante de la chaleur, l'oxygénation moindre du sang, l'alimentation insuffisante peu réparatrice qui forme la base du régime en usage, les pertes sudorales qui agissent à l'égal des sécrétions exagérées et l'inertie musculaire qu'imposent les ardeurs du climat.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas irrationnel d'admettre que le sang, incessamment et fatalement appauvri par ce con-

(1) Celle, Hygiène prat. des pays chauds, p. 95.

cours de causes multiples, ne soit pas en totalité utilisé dans les actes de la réparation organique et que l'excès de sérum qu'il contient ne s'épanche avec plus d'abondance dans la trame des tissus.

Or, il est de science certaine qu'au système lymphatique est dévolu le rôle important de ramener dans la circulation générale cette partie superflue. C'est lui qui a pour fonctions de charrier les fluides fournis par les éléments liquides du sang qui n'ont pas servi à la nutrition, par la résorption moléculaire et surtout par la transsudation du sérum sanguin. Il doit résulter pour cet appareil un surcroît d'activité fonctionnelle, si ces fluides lui sont livrés avec excès: c'est ce qu'on peut induire des conditions hématologiques observées dans les pays chauds.

Aussi Mazaé Azéma (1), établît-il en principe que, dans les pays chauds, il y a un parallélisme inverse entre la circulation des vaisseaux sanguins et celle des vaisseaux blancs, et que en même temps que le sang s'y appauvrit, il se manifeste une augmentation inverse dans la quantité de liquides qui circulent dans les vaisseaux lymphatiques, augmentation qui, venant à dépasser les limites physiologiques, peut déterminer de véritables états pathologiques; à la diminution des globules rouges correspond alors une augmentation de globules blancs, pour aboutir à une sorte de leucocythémie normale.

On voit par cet exposé succinct quelle importance prend la circulation lymphatique. Nous n'étonnerons donc personne, croyons-nous, en disant que ce système, ayant acquis un fonctionnement exagéré, sera doué d'une susceptibilité d'autant plus grande que l'écart entre la normale habituelle et

(1) Mazaé Azéma, *loc. cit.*

l'état actuel, consécutif à l'acclimatation, sera plus grand et aura été plus rapide.

Aussi le système lymphatique est-il le siège de nombreuses affections dans les régions tropicales, maladies endémiques parmi les créoles, et qui peuvent être acquises dans une certaine mesure par les Européens transportés, une fois qu'ils sont acclimatés.

Outre l'adénite simple qui nous occupe et qui est très fréquente, on rencontre fréquemment la lymphangite réticulaire, la lymphangite des vaisseaux collecteurs ou angioleucite endémique, la lymphangite intra-ganglionnaire, la chylurie, et enfin une affection particulière aux créoles : l'ectasie partielle ou généralisée des vaisseaux lymphatiques.

Cette dernière affection peut donner lieu à une lymphorrhagie spontanée par rupture des varices lymphatiques et n'existe pas en Europe; les cas qui ont été publiés par Breschet, Follin, Nepveu étaient observés sur des créoles en traitement ; cependant, chez les Européens acclimatés, on peut voir survenir, quoique rarement, cette affection ; la rareté de la dilatation variqueuse des lymphatiques chez les Européens acclimatés a été un peu exagérée, croyons-nous, par Mazaé Azéma, si compétent d'ailleurs en ces questions. Nous pouvons citer un cas personnel que nous avons étudié à Saint-Denis.

ADÉNO-LYMPHOCÈLE.

Vialette, soldat de 1re classe, 2 ans 1/2 de présence aux colonies, sur lesquels 11 mois à Madagascar, est souvent malade depuis son retour de la Grande-Terre; il a un accès de fièvre en moyenne tous les 15 jours. Corpulence moyenne, teinte pâle des téguments, conjonctives décolorées.

Il vient un jour à la visite (10 février 1887), porteur dans

les deux aines de deux petites tumeurs indolores, molles, dépressibles, sans changement de couleur à la peau, n'apportant aucun obstacle à la marche. Sur la périphérie des tumeurs, on sent des petits tubes dilatés donnant la sensation du canal déférent au milieu des veines du cordon. La tumeur est indolore, molle, dépressible et diminue par la pression. Vialette continue son service.

Le 25, la tumeur de l'aine droite s'est ouverte spontanément et donne issue à de la lymphe. Vialette est mis en observation à l'infirmerie. On lui applique un emplâtre de Vigo et un spica; tous les matins les lèvres de la fistule sont agglutinées, la poche pleine de liquide que le malade fait sourdre en écartant les bords de la plaie et qui sort en jet.

Le 30, la tumeur du côté gauche s'ouvre à son tour. Pendant 15 jours environ, Vialette rend tous les matins une quantité de lymphe qu'on peut évaluer à 40 ou 50 grammes.

Le 16 mars, après plusieurs cautérisations des fistules au nitrate d'argent, celles-ci se ferment et la compression exercée sur les ectasies lymphatiques, au moyen d'un spica double, les fait disparaître complètement. 15 jours après, Vialette était complètement guéri. Quelque temps après, il rentrait en France, son temps de séjour colonial étant terminé.

Nous nous souvenons avoir vu un cas du même genre dans le service de M. Beaumanoir, médecin-principal. Il existait chez son malade une fistule lymphatique à gauche qui avait été précédée également de l'ectasie d'un vaisseau et d'un ganglion. Lorsqu'on comprimait la tumeur, la lymphe sortait en jet et on évaluait à 50 grammes la quantité de liquide perdu par jour ; ce malade guérit par le même traitement que j'employais plus tard.

La dilatation des lymphatiques n'a pas en elle-même un fâcheux pronostic, quoique Follin, Trousseau, Nélaton aient pensé qu'elle devait mener à la cachexie; mais elle prédis-

pose le système lymphatique à l'inflammation, et l'on a vu, sous l'influence des plus légers traumatismes, survenir une lymphangite généralisée, rapidement mortelle.

Qu'on nous pardonne cette digression sur la lymphangectasie, nous n'avons pu résister au désir de rapporter un cas personnel d'une affection à peu près inconnue dans nos pays et de dire notre opinion au sujet de la fréquence et du développement de la maladie chez les Européens acclimatés, au moins en partie. Notre opinion diffère un peu de celle de M. Mazaé Azéma, qui nous semble un peu trop restrictif dans sa manière de voir. Ceci dit, revenons à l'adénite proprement dite qui doit être l'objet principal de notre étude.

Nous voyons maintenant, par cet exposé général des fonctions lymphatiques dans les pays tropicaux, quelle pourra être la fréquence de l'adénite, et cela souvent par des causes qui nous paraîtraient ici insignifiantes et insuffisantes. Du reste, de nombreux auteurs, et entre autres Dutrouleau (1) et Bérenger-Feraud (2) ont noté la fréquence des adénites, abcès, furoncles, etc., au Sénégal, et la tendance manifeste de ces maladies à suppurer.

L'époque de l'année n'est pas indifférente, et tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que les adénites surviennent plus volontiers pendant la saison de l'hivernage, et c'est ce que nous constatons dans nombre de nos observations.

Que dirons-nous de la fatigue? C'est elle que nous trouvons à l'étiologie immédiate, au début de toutes nos observations; il est évident que dans l'espèce elle a une grande influence sur l'apparition et la marche de la maladie. Nul doute qu'un fonctionnement trop suivi, trop continu, trop prolongé

(1) Dutrouleau, Maladie des pays chauds.
(2) Bérenger-Feraud, Maladies des Européens au Sénégal, Paris 1878.

du membre ne réveille l'imminence morbide d'un système surmené déjà par une vie physiologique trop active : du reste, il en est du système lymphatique comme de tous les autres systèmes de l'économie ; il peut être surmené, et nous savons que le surmenage détermine, soit dans les appareils divers, soit dans l'économie, des lésions spéciales qui ont été bien mises en lumière par M. le professeur Peter. Dans son Traité des maladies du cœur et de la crosse de l'aorte, M. Peter a montré l'influence de la fatigue sur le développement de la myocardite, myocardite qui peut passer par tous les degrés, depuis les plus simples jusqu'aux plus graves, se terminer par résolution, ou entraîner la mort au milieu de symptômes adynamiques très prononcés.

M. Reviliod, de Genève, soutient la même thèse et a ajouté nombre de faits à ceux décrits par Peter.

Pourquoi n'en serait-il pas de même ici ? La fatigue agirait comme cause déterminante sur des tissus déjà surmenés et dans un organisme affaibli par l'inévitable anémie tropicale.

Enfin, quelle autre cause pourrions-nous invoquer, lorsque nos recherches immédiates ne nous ont fait découvrir aucune porte d'entrée aux agents morbides qui pût justifier le développement de l'adénite ; lorsque les antécédents morbides du malade ne nous ont révélé aucune des affections qui peuvent déterminer, par leur évolution ordinaire, l'adénite inguinale ? Nous avons nommé la blennorrhagie, le chancre mou, le chancre induré (quoique rarement ce dernier), la balanite, etc....

Enfin, chez presque tous nos malades, nous trouvons des antécédents paludéens, mais nous ne pensons pas que la malaria ait agi directement sur la production de l'adénite ; tout au plus a-t-elle pu avoir une influence indirecte par l'affai-

blissement de l'organisme et l'anémie profonde qu'elle amène à la longue.

Nous devons nous demander aussi pourquoi, dans nos observations, c'est la région inguinale qui est toujours atteinte.

Nous pouvons trouver une raison suffisante dans la situation de la région et dans sa richesse en vaisseaux lymphatiques et en ganglions ; c'est même la plus riche de l'économie, et nous remarquons une chose, c'est que c'est par là que débutent d'ordinaire la plupart des affections ganglionnaires propres aux pays chauds et entre autre la lymphangectasie, dont nous avons parlé tout à l'heure.

Les ganglions inguinaux sont remarquables par leur nombre et la grande inégalité de leur volume. On les divise en superficiels et en profonds.

Les ganglions superficiels ou sous-cutanés sont situés au-devant de l'aponévrose fémorale superficielle ; ils se groupent, pour la plupart, autour de la veine saphène interne. Les plus élevés reposent sur le pli de l'aine, dont ils suivent la direction; les plus inférieurs se trouvent à 6 cent. au-dessous de l'arcade crurale. Le nombre de ces ganglions peut être évalué, d'après Sappey, à douze ou quinze.

Les inférieurs sont les plus volumineux, les autres présentent les dimensions d'un pois ou d'une amande.

Les profonds sont beaucoup moins nombreux que les précédents; il en existe rarement plus de 3 ou 4 et leur direction est perpendiculaire à l'arcade crurale ; ils occupent l'angle interne du canal crural; par leur côté cxterne, ces ganglions s'appliquent, par conséquent, à la veine fémorale. Le plus élevé est situé entre cette veine et le ligament de Gimbernat; il porte le nom de ganglion de Cloquet et fait communiquer les lymphatiques du membre inférieur avec ceux du bassin. Ce ganglion présente ceci de particulier que

lorsqu'il s'enflamme, il peut s'étrangler sur ce ligament et donner lieu alors à des phénomènes généraux très intenses, à des vomissements, à un ensemble de symptômes qui peuvent simuler, jusqu'à un certain point, un commencement d'étranglement intestinal.

Les ganglions superficiels reçoivent: les lymphatiques superficiels du membre abdominal, de la région fessière, de la moitié sous ombilicale de la paroi abdominale antérieure, du canal de l'urèthre, de la surface du gland, des téguments des organes génitaux, du périnée et de l'anus.

Les ganglions profonds reçoivent: les lymphatiques profonds du membre abdominal qui accompagnent les vaisseaux sanguins et sont réunis en un seul faisceau.

De plus, les deux plans de ganglions communiquent par des lymphatiques qui traversent l'aponévrose fémorale superficielle qui porte, à ce point, le nom de *fascia crebriformis*. Ce qui explique la facilité avec laquelle les inflammations se propagent du plan profond au plan superficiel et *vice versâ*.

On comprend, en étudiant cette région, qu'elle soit le siège presque exclusif de l'adénite idiopathique, située à la racine du membre inférieur qui, sans contredit, est celui qui se fatigue le plus sous l'influence de la marche; elle est aussi une des régions où le développement des lymphatiques est le plus grand et enfin où la stase se produit le plus volontiers. Voilà tout autant de causes diverses qui expliquent la localisation presque absolue de la maladie en ce point.

Nous avons terminé ici les considérations qui nous paraissaient se rattacher à l'adénite des pays chauds, expliquer sa fréquence et son siège; en l'absence de toute cause externe qui pût justifier à nos yeux le développement de cette affection, nous nous sommes demandé si la fatigue, d'une part, et le fonctionnement exagéré du système lymphatique dans

les régions tropicales (et ceci explique les développements dans lesquels nous sommes entré au sujet des modifications vitales que subit l'Européen à son arrivée dans les pays chauds) ne pourraient nous donner la clef du mystère.

Tout compulsé, il est d'autres facteurs dont nous devons tenir grand compte et dont nous n'avons pas encore parlé : notamment des microbes pathogènes. Les expériences récentes des savants, à la suite de celles de Pasteur, ont démontré qu'il n'y avait pas de suppuration possible sans la présence des microbes pathogènes, parmi lesquels on trouve constamment le *Staphylococcus pyogenes aureus*. Nous n'avons pu faire nous-même des recherches sur le pus, car notre outillage microscopique était trop défectueux, aussi à ce sujet devons-nous accepter les données déjà acquises. Il nous a été impossible de nous livrer au moindre contrôle, pour rechercher si, dans les cas d'adénite que nous rapportons, la suppuration était due à ce vulgaire *Staphylococcus* ou à un micro-organisme particulier. Nous ne le pensons pas, car les symptômes présentés par les malades ne différaient pas de ceux de l'adénite ordinaire consécutive à un traumatisme quelconque.

Reste la question de la porte d'entrée, qui est toujours difficile à élucider ; nos malades avaient un épiderme intact, nous le répétons, et dans ce cas, à moins d'admettre que les microbes aient pu s'introduire au travers des pores de la peau dilatés par des sueurs abondantes, il faut supposer que l'agent infectieux existait dans l'organisme sous une forme larvée inoffensive. La fatigue et l'anémie, en affaiblissant, la résistance de l'organisme d'une part, le surmenage du système lymphatique d'autre part sous l'influence de conditions physiologiques anormales, permettraient d'expliquer l'évolution du staphylococcus et sa prolifération en une *pars minimum resistentiæ* qui dans l'espèce est la région inguinale.

En résumé, la fatigue, le surmenage, la difficulté de l'acclimatement et l'anémie consécutive au séjour dans les pays chauds, sont des conditions prédisposantes puissantes. Elles rendent l'organisme impuissant à la lutte, ou du moins le placent dans des conditions telles que, l'évolution vitale étant moindre, les agents infectieux préexistant probablement dans l'organisme, trouvent un milieu favorable à leur développement dans l'inflammation et la suppuration des parties de moindre résistance.

CHAPITRE III.

SYMPTÔMES. — MARCHE. — TERMINAISON.

Si nous étudions les symptômes et ce qui ressort de l'ensemble de nos observations, nous notons une uniformité assez grande dans leur marche, dans leur ordre d'apparition, dans leur évolution ; nous remarquons, de plus, que l'affection ressemble absolument à l'adénite ordinaire : le malade ressent de la douleur, douleur d'abord légère et qui doit être provoquée, soit par le contact, soit par le mouvement, et en même temps portant instinctivement la main au point douloureux, il sent une petite tumeur ronde ou plutôt un peu ovoïde, roulant sous le doigt, qui s'accroît rapidement, tandis que la douleur augmente.

Le processus s'étend alors dans deux directions : il se propage par les lymphatiques aux ganglions voisins, qui se prennent à leur tour et dépassant la coque du ganglion déjà pris, il envahit le tissu périphérique, qui s'indure au pourtour des ganglions, finit par faire corps avec eux, les réunit ainsi par son accroissement de volume. Cet accroissement résulte de deux causes : de la prolifération des éléments et de l'imbibition des mailles du tissu, par une quantité de suc plus grande qu'à l'état normal. Les ganglions d'abord isolés ne forment plus qu'une masse dure, mal délimitée, assez unie sur sa surface ; la peau ne tarde pas à rougir, soit à cause de la pression qu'exerce la masse indurée, soit qu'elle reçoive dans une certaine mesure le contre-coup du processus inflammatoire qui évolue dans son voisinage.

Tandis que l'inflammation se propage et s'étend, les phénomènes morbides, d'abord limités à la région, retentissent sur l'organisme tout entier, et l'on voit la fièvre s'allumer. Elle est d'abord modérée, puis plus intense et irrégulière, accompagnée de frissons au moment de la formation du pus. Il y a un état saburral plus ou moins marqué des premières voies, anorexie, inappétence, quelquefois même des vomissements. Quelques auteurs, et entre autres Tillaux, ont noté de l'angoisse et un ensemble de phénomènes de péritonisme dans le cas d'inflammation du ganglion de Cloquet. Dans notre observation I., nous avons constaté que ce ganglion s'était pris à la suite des autres; malgré cela, les symptômes ne s'exagérèrent pas et ne revêtirent en aucun moment un caractère de gravité exceptionnelle.

Nous nous sommes attaché à voir dans quel ordre les ganglions se prenaient; dans toutes nos observations, à l'exception d'une seule (obs. 9), ce sont les superficiels qui furent les premiers atteints.

Ce sont justement ceux qui sont le plus exposés aux frottements et aussi ceux qui paraissent fonctionner le plus activement. (V. Etiologie.)

Enfin, l'inflammation arrive à son dernier stade : la suppuration. Nous ferons remarquer que dans toutes nos observations, elle s'est produite excepté dans une seule. La fièvre irrégulière, les élancements au niveau de la tuméfaction, l'augmentation du malaise général ont annoncé le plus souvent la formation du pus, mais ce n'est que un ou deux jours après, suivant les cas, suivant la profondeur à laquelle s'opérait cette formation, que nous avons perçu la fluctuation.

Nous n'insisterons pas sur les suites possibles consécutives à cette formation du pus; nous ne nous sommes pas exposés à l'aléa d'une ouverture spontanée, nous avons toujours incisé: à la suite de notre incision, les symptômes se sont

toujours amendés peu à peu; s'il y a eu quelque recrudescence, elle fut toujours due à un nouveau point de suppuration et le tout disparut par le même moyen.

Nous voyons donc que les symptômes de l'adénite que nous étudions ne présentent rien de spécial et ce n'est certes pas leur seule étude qui pourrait légitimer suffisamment l'utilité de notre travail; ils se succèdent toujours avec la même régularité et dans une certaine mesure avec le même ordre. Dans nos pays, il en est souvent de même.

Cependant la marche de l'adénite présente certaines particularités que nous tenons à signaler et qui nous paraissent mériter une certaine attention.

Le début est insidieux, la douleur faible, l'engorgement limité; mais l'affection, une fois déclarée, poursuit une marche toujours croissante; elle ne reste jamais isolée et jamais localisée à un ganglion; elle les envahit l'un après l'autre: le plan superficiel après le plan profond; rarement (obs. IX) débute-t-elle par le profond. Cet envahissement n'est pas très rapide, il demande toujours huit, dix jours pour se faire, et encore davantage. Enfin et surtout, l'adénite ne se termine presque jamais par résolution. Dans toutes nos observations, nous ne trouvons qu'un seul cas dans lequel la suppuration n'eut pas lieu; cependant il y eut certainement formation de pus, le malade en avait éprouvé les symptômes précurseurs et nous-même avions reconnu la suppuration; et ce n'est que sur les instances du malade, un médecin d'ailleurs, que nous ne l'envoyâmes pas à l'hôpital où certainement on aurait fait une incision. Du reste, les jours suivants, le pus se résorba au milieu des symptômes atténués de la septicémie (sueurs profuses, fétides, frissons, fièvre irrégulière à température vespérale élevée).

C'est, nous devons le dire, une tendance générale de toutes les affections inflammatoires, quelle que soit leur nature à

suppurer dans les pays chauds. Tous les auteurs qui ont étudié les maladies des pays chauds : Dutrouleau, Annesley, Vinson, Nielly, Bérenger-Feraud, etc..., ont constaté le fait; les quelques observations que nous présentons ne font que corroborer.

Dans un relevé de 38 adénites rapportées par Bérenger-Feraud dans son Traité des maladies des Européens au Sénégal, il y eut 38 suppurations ; il en fut de même pour les autres affections chirurgicales à type inflammatoire, quelle que fût l'époque à laquelle on commença le traitement.

Il est un fait qui, cependant, nous paraît digne de remarque : c'est que dans aucun des cas que nous avons observés, il n'y eut de suppuration du tissu cellulaire ambiant ; la fonte purulente resta cantonnée dans le ganglion, et ce qui nous confirme dans cette idée, c'est que jamais les ponctions multiples qui furent faites dans la plupart des cas, ne se confondirent par agrandissement de leur cavité ou par ulcération de leur bord ; chaque ganglion suppura pour son compte, sans empiéter sur le territoire voisin.

La suppuration, une fois établie, dure aussi très longtemps jusqu'à deux mois et plus. Dans l'observation I notamment la maladie dura environ trois mois et la suppuration deux mois.

Nous invoquerons encore ici des causes dont nous avons établi l'influence physiologique, et entre autres celles qui tiennent aux conditions particulières du système lymphatique; elles rendent compte de son peu de résistance aux agents infectieux. C'est surtout l'affaiblissement de l'organisme par l'anémie et par la malaria qui explique la durée de la suppuration ; cette durée a paru être diminuée par le rapatriement (Obs. II.)

Enfin, nous appellerons l'attention sur un dernier point, c'est sur la fréquence des adénites à la Réunion : sur 450 hommes Européens que nous avons vus et soignés pendant deux

ans, 30 furent atteints d'adénite qui suppura 29 fois ; nous avons dit plus haut notre opinion au sujet du 30me.

Nous ne parlerons pas des indigènes qui, par leur tempérament lymphatique des plus prononcés, paraissent plus prédisposés encore aux affections lymphatiques ; un relevé exact est impossible, mais ne pouvant donner une appréciation suffisante, nons renvoyons à ce que nous avons dit de leur milieu dans notre introduction.

Il semble même que la Réunion, cette perle de l'Océan Indien, soit plus favorable que les autres pays de la zone tropicale au développement des adénites, car à la Martinique M. le Dr Tissot, notre ami, n'a observé que quatre cas, durant une période de 2 ans, cas dont nous avons donné le résumé ci-dessus.

Heureusement, ce n'est pas là une affection grave, tous nos malades ont guéri : autant ceux dont nous avons rapporté l'observation que ceux dont nous avons gardé seulement le souvenir, et nous pouvons dire que si l'adénite des pays chauds, l'adénite idiopathique relevant de la fatigue et du surmenage physiologique et climatérique, est une affection ennuyeuse et de longue durée, du moins elle n'a pas de conséquences graves, non seulement pour la vie du malade, mais encore pour l'avenir du membre affecté. La maladie disparaît sans laisser de traces, et, au bout de quelque temps, surtout si le malade regagne le pays natal, tout disparaît et la marche est aussi facile qu'avant la maladie.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC. — TRAITEMENT.

Le diagnostic de l'adénite inguinale au début est chose facile en général ; il suffit de trouver à la base du triangle de Scarpa une ou plusieurs tumeurs mobiles, isolées, ayant le plus souvent une forme ovoïde à grand axe vertical ou horizontal, suivant que ce sont les ganglions superficiels ou profonds qui sont pris; mais ce qui est plus délicat, sinon plus difficile, c'est de remonter à la cause, et tout le monde sait combien nombreux sont les facteurs qui peuvent provoquer l'adénopathie inguinale. La syphilis, le chancre mou, la blennorrhagie, les plaies spécifiques ou simples du membre inférieur et des régions tributaires des ganglions de l'aine.

L'adénopathie syphilitique est multiple, à ganglions mobiles sans doute, douloureuse souvent, mais elle ne suppure pas et ne s'accompagne pas de phénomènes inflammatoires locaux, ou de symptômes généraux; en outre, on trouve le plus souvent un chancre induré ou des accidents syphilitiques actuels ou passés; même dans ce cas, la syphilis a laissé le plus souvent des stygmates révélateurs.

Le bubon est le plus souvent solitaire; il suppure très rapidement et les bords de la plaie sont décollés, déchiquetés, à pic, le fond est grisâtre et sanieux, et le plus souvent on trouve le chancre primitif causal.

Dans la blennorrhagie, les ganglions sont affectés, mais ils ne suppurent généralement pas; en tout cas, ce n'est qu'à la

période aiguë et à ce moment l'écoulement est abondant et décèle la blennorrhagie.

Enfin, quant aux adénites consécutives à des lésions externes, elles sont de même nature probablement (les ganglions sont contaminés par pénétration du germe pathogène au travers de la plaie). Leur évolution est à peu près la même ; mais elles se terminent bien plus souvent par résolution ; toutefois elles suppurent fréquemment, mais la sécrétion se tarit bien plus vite ; enfin, on trouve la porte d'entrée : éraillure, écorchure, plaque d'eczéma, etc.

Dans les adénites idiopathiques, dont nous avons rapporté les observations, quelques recherches que nous ayons faites, nous n'avons jamais trouvé aucun de ces facteurs; la fatigue et le surmenage à la suite de l'anémie, ce sont là les seules conditions étiologies relevées.

On peut encore confondre l'adénite inguinale au début avec une hernie crurale ; mais la hernie crurale est indolore, pédiculée et, de plus, elle est réductible ; enfin, la percussion et la palpation démontrent la présence de gaz dans l'intérieur de la tumeur.

Il est une affection des pays chauds dont nous avons parlé plus haut qui peut simuler l'adénite : c'est la varice inguinale ; il peut se faire que la lymphangectasie ait gagné les ganglions ; dans ce cas, on n'a pas de douleur, ni spontanée, ni provoquée, la tumeur ou les tumeurs, car il peut y en avoir plusieurs, sont mobiles, molles, dépressibles et diminuent de volume par la pression et le repos ; elles s'accompagnent de plus d'une ectasie plus ou moins considérable des vaisseaux lymphatiques voisins, et leur seul aspect suffit à mettre sur la voie du diagnostic.

Enfin, s'il y a quelquefois de la douleur à la suite de la fatigue, elle disparaît après une nuit de repos et, de plus, il n'y a jamais de réaction générale.

Nous avons déjà parlé de la confusion possible de l'adénite inguinale avec un commencement d'étranglement herniaire; cela arrive surtout lorsque le ganglion de Cloquet est pris; il suffit d'être en garde contre de pareilles causes d'erreur pour les éviter.

Le pronostic, nous l'avons déjà dit, n'est pas grave. Le malade en est quitte pour un long séjour au lit, quelques coups de bistouri; puis le membre récupère ses fonctions après un temps plus ou moins long, en général de deux à trois mois.

Nous pourrions cependant tirer, au point de vue de la santé générale, quelques données.

Les hommes atteints étaient toujours depuis longtemps, au moins un an, dans l'île, anémiés par l'inexorable chaleur du climat, et pour la plupart atteints de la malaria; l'adénite était-elle le premier avertissement de la nature, le prélude à des maladies plus graves et plus longues? nous ne saurions le dire, car tous nos hommes ont été rapatriés à quelque temps de là.

Que dirons-nous du traitement?

Le traitement doit être prophylactique d'abord; prévenir le développement de la maladie en soutenant les forces de l'homme exposé à un climat pour lequel il n'est pas fait, et en évitant toute fatigue et tout surmenage physique et physiologique.

Le mal, une fois déclaré, le médecin doit s'adresser à l'état général, et cela par les toniques, par l'hygiène alimentaire; si le malade a eu la malaria, on doit employer le sulfate de quinine, l'arsenic, etc.

Enfin, localement, le repos au lit et les émollients à la première période, bien que ne nous ayant pas donné d'ex-

cellents résultats, doivent être cependant employés; dès que la suppuration est reconnue, on doit inciser sans retard et appliquer un pansement antiseptique rigoureux.

Nous citerons encore, pour mémoire, le traitement employé par M. le docteur Mac-Auliffe dans toutes les affections de ce genre. Après incision de la tumeur, il injecte dans l'intérieur du ganglion une solution phéniquée très concentrée, et applique à la suite un pansement antiseptique rigoureux. M. Mac-Auliffe aurait souvent enrayé la marche du mal. Nous ne pouvons juger personnellement cette méthode, car nous ne la connaissions pas lors de notre séjour à la Réunion.

CONCLUSIONS.

Nous croyons pouvoir déduire de notre exposé rapide de l'adénite dans les pays chauds :

1° Qu'il existe une adénite idiopathique due à la fatigue et au surmenage physique et physiologique. Le développement de cette affection est favorisé, en outre, par de nombreuses conditions inhérentes au pays ; d'une part, le fonctionnement excessif du système lymphatique qui le rend plus susceptible ; d'autre part, l'anémie qui diminue la résistance de l'organisme aux agents pathogènes.

2° Cette inflammation est toujours multiple et marche presque fatalement à la suppuration.

3° La guérison est lente, mais arrive sûrement à la suite d'un traitement approprié.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 26 juillet 1888.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 25 juillet 1888.
Le Doyen,
CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !